

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIX

Madrid 15 de Mayo de 1905

Número 430

## ESTADÍSTICA

de las operaciones quirúrgicas practicadas durante la campaña de Cuba en el hospital militar de Alfonso XIII. Años 1896-97-98.

(Continuación).

41. *Manuel Gallo y Expósito*, natural de la Coruña, perteneciente al batallón Cazadores de Barbastro. Un antiguo traumatismo, ajeno á la campaña, fué la causa de la lesión. Presentaba una osteo-periostitis de la cara anterior é interna del tercio medio de la tibia derecha, con esclerosis y ulceración del tejido cutáneo. El 20 de Abril de 1897 se le practicó una incisión angular de la piel, con separación del periostio y limpieza del hueso á escoplo y martillo; curado, volvió á las filas.

42. *Pascual Verdú y Maresi*, natural de Murcia, del batallón expedicionario de Guadalajara, número 20. Estando de centinela en las inmediaciones de Vainoa (Habana) el 25 de Abril de 1897, se produjo á sí mismo casualmente una herida por arma de fuego en el dedo índice de la mano derecha, penetrando el proyectil por la cara palmar de la segunda falange y saliendo por la dorsal, con fractura conminuta del hueso y considerable destrozo de los tejidos blandos. Dos días después se practicó la desarticulación de la segunda falange, á doble colgajo palmar y dorsal; curado, volvió á las filas.

43. *Manuel Gómez y López*, natural de Guadalcanal (Sevilla), del regimiento Caballería de Pizarro. Fué herido el 27 de Febrero de 1897 en las inmediaciones de Batabanó, formando parte de la fuerza que mandaba el Capitán Santa María, en combate habido con fuerzas enemigas. El proyectil había penetrado por la cara posterior del tercio inferior del brazo izquierdo, produjo múltiples fracturas de los dos tercios externos de la diáfisis humeral en la unión epifisaria, saliendo por la cara anterior á dos traveses de dedo por encima de la flexura. El 27 de Abril del mismo año se hizo una dilatación longitudinal de ambas aberturas, se extrajeron numerosas esquirlas, sueltas unas y adheridas otras, se excavaron las partes óseas degeneradas, y legrado y limpio el foco se relleno de gasa; curado, fué propuesto para el retiro.

44. *Manuel Regeiro y Blanco*, natural de Fullaredo (Coruña), pertenecía al 11.º batallón de Artillería de plaza. Casualmente sufrió un traumatismo el día 27 de Abril de 1897, estando transportando cureñas en el cuartel que ocupaba en la Habana. Presentaba una fractura de la extremidad de la tercera falange del dedo índice de la mano izquierda, con avulsión del pulpejo y arrancamiento de la uña; fractura de la tercera falange del dedo medio de la misma mano, con denudación del hueso y destrozos de las partes blandas que lo cubren; otra fractura de la tercera falange del anular izquierdo, con destrozo del pulpejo y avulsión de la uña; finalmente, en el pulpejo del dedo medio de la mano derecha, presentaba una pequeña herida contusa que sólo interesó el tejido celular subcutáneo. Al día siguiente se hizo la amputación de la tercera falange del índice con colgajo palmar; se desarticuló la segunda falange del dedo medio, también con colgajo palmar, y se amputó la extremidad de la segunda falange del dedo anular con colgajos laterales; curado, volvió á las filas.

45. *Francisco Vázquez y Zamora*, natural de Molineta (Albacete), del batallón expedicionario de Otumba. Sufrió una herida de arma de fuego el 24 de Abril de 1897 en las inmediaciones de Batabanó, formando parte de la columna mandada por el Te-

niente Coronel D. José Martínez, en combate habido contra fuerzas enemigas. La bala penetró un centímetro por encima del labio superior y como á 2 centímetros de la comisura izquierda, en dirección de fuera adentro y de arriba abajo, en el momento de estar el individuo mirando á la izquierda; fracturó el borde incisivo del maxilar superior, destrozó la mitad anterior de la lengua, fracturó por su cuerpo el maxilar inferior, y, hundiéndose el proyectil en el suelo de la boca, atravesó de arriba abajo los tejidos del cuello, saliendo por la región lateral del mismo, cerca de la clavícula; había infección local y general. Al día siguiente se legó la capa pultácea que recubría las heridas, se refrescaron y regularizaron los colgajos de la lengua producidos por las desgarraduras, afrontándolos con 10 puntos de catgut, y se estableció el desagüe del trayecto del cuello; el 8 de Junio del mismo año se le practicó una resección parcial del cuerpo de la mandíbula y se le extrajo un pequeño secuestro. La curación se retrasó por haber sido invadido este individuo de fiebre amarilla durante la marcha del proceso; curado, fué propuesto para el retiro.

46. *Fabián Tamarusa y Lobera*, natural de Burgo Ebro (Zaragoza), perteneciente al batallón expedicionario de Cantabria. Pueden señalarse como causas el linfatismo, las penalidades de la campaña y la predisposición orgánica del individuo, que determinaron una osteitis tuberculosa supurada de la mitad izquierda de la mandíbula inferior, con trayectos fistulosos, infarto parotídeo é infección local y general. El 30 de Abril de 1897 se hizo la resección total subperióstica de la mitad izquierda de la mandíbula por el procedimiento de Farabeuf, legrando y limpiando el foco supuratorio; en 1.º de Julio del mismo año se necesitó intervenir nuevamente con una incisión vertical mentoniana para excavar parcialmente el cuerpo del maxilar, á escoplo y martillo; suturado, se estableció el desagüe; obtenida la curación, fué propuesto para el retiro.

47. *Silvestre Alia Martín*, natural de Taralba (Toledo), de la Comandancia de la Guardia Civil de Cuba. Fué herido en com-

bate contra fuerzas enemigas el día 1.º de Mayo de 1897, en Santa María del Rosario, formando parte de las fuerzas mandadas por el cabo Salvador Soriano y destinadas a la escolta de Guaguas. Herida por bala de las llamadas explosivas, que penetró por la cara posterior del tercio inferior de la pierna derecha, dirigiéndose de abajo arriba y de atrás adelante; hizo explosión al chocar con el hueso, destrozando en menudas astillas la tibia y el peroné en su mitad superior, y abriendo la articulación de la rodilla, con rotura del tronco tibio-peroneo y gangrena incipiente de la pierna y del pie. Entre los tejidos se hallaron varios fragmentos de plomo del proyectil. Al día siguiente se practicó la amputación del muslo en el tercio inferior, por el método circular, dejando establecido el desagüe correspondiente; curado, fué propuesto para Inválidos.

48. *Juan Pinto y Hernán*, natural de Horcajo de la Sierra (Madrid), del regimiento Infantería de Talavera, número 4. Casualmente fué herido el 10 de Abril de 1897 al ser atropellado por un tren, en el que iba de escolta, en el momento de bajarse entre Regla y Guanabacoa para coger el sombrero que se le había caído. Tenía una herida por desgarró y magullamiento en el pie derecho, con fractura conminuta del cuarto y quinto metatarsianos y gangrena; otra herida contusa en el brazo izquierdo, ocasionada en el mismo acto, que le produjo atricción y desgarradura de los tejidos blandos, luxación y abertura de la articulación húmero-cubital é infección séptica. Al día siguiente se le practicó la amputación supra-maleolar por el Médico primero D. Alvaro Lucia, y el 20 de Mayo siguiente la amputación del brazo, por su tercio medio y método circular, por el de igual categoría D. Higinio Peláez; curado, fué propuesto para Inválidos.

49. *Juan Boch Jover*, natural de Margarit (Gerona), del batallón expedicionario de Alcántara. Fué herido el 31 de Diciembre de 1896 en combate habido en Guisa contra fuerzas enemigas, formando parte de la columna mandada por el General Rey. Foco de osteitis supurada consecutiva á una herida de bala en la región tarso-metatarsiana del pie derecho, comprendiendo en parte la

tercera cuña, el cuboides y las cabezas del tercero y cuarto metatarsianos. El 24 de Mayo de 1897 se hizo una dilatación dorsal para resecaer parcialmente los huesos interesados, refrescando la piel y tejidos blandos; curado, fué propuesto para el retiro.

50. *José Gómez y Vázquez*, natural de Almuñécar (Granada), del batallón expedicionario de la Reina, número 2. Antiguo absceso, de paredes callosas y estrecha abertura cutánea, subaponeurótico, situado en la cara externa del tercio medio del muslo izquierdo. El 24 de Mayo de 1897 se le hizo una dilatación, refrescando la abertura, legrando las paredes, incindiendo la interna de arriba abajo y suturando; curado, volvió á las filas.

H. PELÁEZ,

Médico mayor.

(Continuara).

---

## Prensa y Sociedades médicas.

---

**Acción terapéutica de la levadura de cerveza.**—Las opiniones respecto á la acción terapéutica de la levadura de cerveza son muy variadas, y Debouzi cree que las células de la levadura segregan un principio que destruye los microorganismos productores de los forúnculos. Landau supone que su acción es triple, *antagonista*, y que obra por sus propiedades antagonistas, apropiándose las substancias nutritivas necesarias para el desarrollo de otras bacterias y estorbando la multiplicación de éstas de un modo mecánico. Petel, teniendo indudablemente en cuenta la acción tópica de la levadura en la leucorrea, cree que su acción benéfica es debida al desprendimiento de grandes cantidades de ácido carbónico, que impide el desarrollo de los microbios aerobios. Thiercelin y Chevrey deduce de la acción terapéutica de la levadura que la levadura obra químicamente más que por efecto de un proceso vital. Adrián, que los efectos de la levadura son debidos á una cimasa cuya composición química desconocemos. El líquido protoplásmico de Büchner, obtenido sometiendo las células á una gran presión, carece de virtudes terapéuticas. Nobecourt no ha conseguido producir la fa-

gócitos por las células de levadura. Todas estas opiniones no invalidan la eficacia de la levadura, y sirven para reconciliarnos con su empleo empírico.

(*The New-York Med. Journal*).

\* \* \*

**Herencia sifilitica.**—El Dr. Nouman expuso diferentes veces su opinión, y últimamente, con motivo de las discusiones en la Sociedad de Médicos de Viena sobre dicha cuestión, presentó las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Que la madre, á pesar de dar á luz hijos sifilíticos, puede quedar libre de esta infección.

2.<sup>a</sup> Que la sífilis adquirida por los padri es después de efectuada la fecundación, estando sanos por lo tanto en el momento de la misma, puede ser transmitida á los descendientes.

3.<sup>a</sup> Que durante los últimos meses del embarazo la infección no pasa de la madre al fruto de su concepción.

4.<sup>a</sup> Que aun efectuada la concepción con infección previa de los padres, ocurre, aunque raras veces, vengan al mundo niños sin afección sifilitica ninguna; y

5.<sup>a</sup> Cuanto mayor sea el espacio de tiempo habido entre la concepción y la infección, tanto mayor será la probabilidad de que nazcan libres de la enfermedad.

(*Wiener Klinische Wochenschrift*).

\* \* \*

**Dos casos de cirugía de la uretra.**—El Dr. *Bravo* (D. Antonio): Va á exponer dos casos de accidentes uretrales, neoplásico el uno y por traumatismo el otro. Un hombre de cuarenta años había padecido blenorragia y sífilis constitucional, quedándole estrecheces, ataques de retención urinaria, flemones, fistulas, etc.

Recientemente tuvo un gran ataque de retención; no pudieron sondarle, destrozándose él la uretra con una varilla metálica, orinando gota á gota; llegó á sus manos con fiebre de 39'5°, vejiga á 5 centímetros por encima del pubis, estrechamiento uretral con engrosamiento; empleó todos los medios posibles para sondarle, sin conseguirlo; vuelve á intentarlo á los dos días, sin lograrlo tampoco, decidiendo entonces apelar al cateterismo retrógrado. Hizo la talla hipogástrica, introduciendo por la herida un catéter en la vejiga, sacándolo por el periné; introdujo por éste una sonda de Nélaton, cortando, en unos 3 centímetros hasta el escroto, tejido fibroso uretral; sondó entonces la uretra, desde el meato hasta la herida, con un catéter fino, introduciendo el uretrotomo.

Hizo sutura de la vejiga en dos capas con catgut, desapareciendo la fiebre y orinando bien por la sonda; al cuarto día se había formado un flemón en el espacio de Retzius, que pasó pronto; dejó sonda permanente durante ocho días, retirándola entonces por existir alguna supuración, haciendo el cateterismo con el instru-

mento de Beniquet. Este caso sale de la especialidad para entrar en la cirugía de urgencia. El cateterismo retrógrado resulta beneficioso en casos semejantes; el espacio de Retzius, por lo que esta observación enseña, no debe cerrarse: cae en él la orina y está expuesto á infectarse; la herida del periné, rellena de gasa, cura bien por segunda intención.

El otro caso hace relación á un torero, de veinticuatro años, sano, sin ninguna enfermedad urogenital anterior; toreando recibe una cornada en el periné, por delante del ano, con gran hemorragia, viéndose forzado para cohibirla el Médico que le hizo la primera cura á taponar con 2 á 3 metros de gasa. Él lo vió la noche del mismo día sin que hubiese orinado; á las veinticuatro horas levantó la cura, hallándose con una cloaca enorme, el recto disecado por haber pasado ante él el cuerno, no saliendo por la uretra sangre ni orina; hizo minucioso lavado, dejando drenaje; el paciente orinaba sin cesar por la herida. Al cuarto día intentó cateterismo, yéndose la sonda por la herida; retiró el catéter, y á poco tuvo el enfermo un escalofrío intenso seguido de fiebre de 40° que duró varias horas, terminando con copioso sudor; era una de esas fiebres uretrales. Administró quinina, no repitiendo el acceso. Pasados algunos días comprobó que el herido no orinaba involuntariamente, prueba de que la vejiga estaba intacta; se fué limpiando la herida y creyó llegado el momento de reconstituir la uretra. La herida que había de practicarse era de las que Richet llama transversales y preanales. Á pesar de ser mayor este traumatismo que el del cateterismo anterior, no se siguió de fiebre, curando radicalmente. Tiene la idea de que en estos casos se ha de tratar la herida antes de reconstituir la uretra. Guyon lo ha dicho en la inauguración del actual curso: la uretra rota en un foco de infección determina esos fenómenos, que más tarde no se presentan. Los Cirujanos creen siempre necesario el cateterismo retrógrado. Monot y Richet lo hacen por el periné, buscando la uretra prostática, y Lengueu y otros prefieren la talla y el cateterismo retrógrado. Aquí se encontró fácilmente la uretra por el gran tamaño de la herida, y por eso pudo pasar la sonda por el periné, si no acaso hubiese necesitado apelar al cateterismo retrógrado.

El Dr. *Barragán*: En la patología de la uretra no hay nada tan urgente como los procesos tratados por el Dr. Bravo. En las estrecheces determinadas por procesos sifilíticos se sigue la marcha indicada por ese señor, pero hay casos que se separan de lo normal. En los traumatismos se cateteriza por el periné, porque no hay uretrorragia, sino infiltración; si no pasa una bujía filiforme, si hay trayectos fistulosos, deben hacerse incisiones perineales para evitar la infiltración. Quizá la fiebre no fuera producida por el cateterismo, sino por la infiltración; absorciones rápidas de cantidades pequeñas de orina producen fácilmente fiebre. Si el cateterismo es fácil, no provoca grandes dolores ni hemorragia, se hará por vía endouretral; si hay infiltración, conviene la incisión amplia y sonda

fija; si esto tampoco es posible, se habrá de recurrir á la talla hipogástrica con cateterismo retrógrado.

El Dr. *Guedea*: El primero de los casos expuestos revela las dificultades que puede encontrar el práctico en un caso análogo. Si después de una ó varias tentativas la uretra es impermeable á la sonda, ¿se hará la uretrotomía sin conductor, ó el cateterismo retrógrado? La mayoría de los Cirujanos se decidirán por lo primero. La uretra posterior suele ser asequible por ser la más estrechable; el problema de la uretrotomía externa sin conductor es menos grave, pero difícil de realizar. Se deduce del caso que, en estrecheces múltiples antiguas, acentuadas é impermeables, la uretra posterior era permeable, á juzgar por lo expuesto; luego pocas veces será necesaria la talla, porque el cateterismo podrá hacerse por vía perineal.

Respecto al segundo caso, encuentra importancia en el origen de la fiebre; los datos le hacen dudar si fué provocada por el cateterismo, acaso éste la despertase; pero por sus caracteres, por las condiciones del foco, piensa que su causa pudo ser la absorción de orina séptica; en cambio, luego, cuando las granulaciones estaban defendiendo los tejidos, ya no se produjo. Si la fiebre fué debida simplemente al cateterismo, puede deducirse que la práctica normal será no practicarlo en esas condiciones.

El Dr. *Bravo* (D. Juan): D. Antonio Bravo encontró la uretra posterior en el periné con conductor introducido por la vejiga; pero sin este instrumento es difícilísimo hallarla; es preferible la talla para buscar con rapidez y seguridad la uretra en el periné. La fiebre del segundo de los casos citados siguió inmediatamente á un cateterismo, y cree que si esta fiebre se produce es por infección; la orina sola no la determina si la sonda está limpia y el foco no infecto.

El Dr. *Bravo* (D. Antonio): No abrir el periné estando infiltrado, sería un delito que él no comete; estaba indurado por el proceso antiguo; la uretrotomía éxterna es la salvación cuando no se puede intervenir de otro modo; en este caso, seguramente el Sr. Guedea hubiese hecho lo que él hizo. El otro enfermo no tenía retención, pues la orina salía por la herida; tuvo 37°5 durante cuatro días, con un traumatismo tremendo; está convencido de que la fiebre fué por el cateterismo en un foco de infección; cosa fácil, como ha dicho recientemente Guyon, según él expuso.

(*Acad. Méd.-Quir. Española*).

\*  
\*  
\*

**Parálisis traumática del facial.**— El Dr. *Fernández Sanz*: Es este un caso quirúrgico al principio, médico al mediar el proceso, y que pudo al final volver á ser quirúrgico. Un hombre de veinticuatro años, carpintero de ribera, sano, trabajando le cayó un madero sobre la región temporal izquierda, que le hizo caer al suelo, dando contra otro madero y quedando con la cabeza comprimida transversal-



mente por las regiones temporales entre los dos; se produjo abundante hemorragia por el conducto auditivo izquierdo y erosión parietal en el lado derecho; fué andando por su pie, perdiendo el conocimiento á las veinticuatro horas, y apareciendo fiebre y síntomas de meningo-encefalitis traumática; estuvo veintidós días en coma profundo, alternando con delirio, quedando después con la boca torcida hacia la derecha, sordo, con pérdida del olfato, visión disminuída, no pudiendo cerrar el ojo izquierdo, con lagrimeo en él y torciéndose más tarde la boca hacia la izquierda. Lo vió rápidamente cuando abandonaba la clínica del Dr. Ortiz de la Torre. Tenía parálisis total del facial izquierdo, con contractura; los movimientos hacia el lado derecho eran imposibles; estaba en ese lado abolida la audición, así para la transmisión ósea como para la aérea, con zumbidos en el oído derecho; la agudeza visual estaba reducida á un tercio en ese mismo lado, siendo algo mayor, pero no normal, en el izquierdo; existía agueusia en la mitad derecha de la lengua; los pilares izquierdos eran asimétricos y como caídos. No se exploró la reacción de degeneración, que debía de existir; el enfermo no podía cerrar el ojo izquierdo, estando normales los reflejos. No pudo hacerle entender que dijera cómo estaba la sensibilidad en la cara. El fondo del ojo estaba normal.

Era evidente una parálisis facial izquierda por fractura del peñasco, según demostraban la parálisis y la hemorragia; para explicar la disminución visual y auditiva del otro lado, había que presumir que, ó se transmitió la lesión por la silla turca ó el quiasma, ó la fractura fué doble; como se comprimió la cabeza transversalmente, pudo fácilmente romperse la lámina interna. Era difícil de explicar la disminución de la agudeza visual sin fenómenos oftalmoscópicos; la abolición de la olfacción, para enterarse de ella el enfermo tenía que ser bilateral, acaso producida por compresión de la lámina cribosa del etmoides, con destrucción de filetes olfatorios; la parálisis facial, por sí sola, podría únicamente dar razón de la unilateral, ya que para esta función se necesitan inspiraciones especiales que lleven las partículas odorantes á las partes altas de la mucosa, y paralizadas las alas de la nariz se explicaría esto. Para que obedeciera el síntoma á lesión del trigémino, que determinase sequedad de la mucosa, incompatible con la olfacción, habría también de ser unilateral.

Las parálisis del facial se tratan bastante bien médicamente, porque muchas curan solas; otras no curan ni por la estriquina, ni por el masaje, ni por la electricidad. Desde hace años se apela á la Cirugía en estas que no curan, haciendo neuro-anastomosis; es clásico admitir que la regeneración se hace á expensas del cabo central, pero existen algunos casos en contradicción de tal teoría. En algunos de Tillaux, en el momento de suturar se restablecía la sensibilidad. Los trabajos modernos demuestran que la clásica regeneración walleriana no se realiza así: es autóctona en el cabo periférico, los cilindros ejes se regeneran y se van soldando, pudiendo funcionar en cuanto se hace el contacto; esto demuestra los buenos resultados

de la sutura en lesiones antiguas. Se anastomosa el facial con la rama externa del espinal, con el hipogloso ó con el glosio-faríngeo, con los dos primeros sobre todo. En estos casos se produce atrofia y parálisis, no restaurándose los movimientos activos del facial; sólo se restablece la tonicidad de los músculos desapareciendo la asimetría.

El Dr. *Sanz Blanco*: No pueden explicarse los fenómenos oftalmológicos á que ha aludido el Dr. F. Sanz, después de una exploración oftalmoscópica no clara, y averiguando sólo la agudeza visual. Con más motivo debió reconocerse el campo y ver si existía escotoma central ó concéntrico ó hemianopsia.

El Dr. *Goyanes*: El caso es complejo, sobre todo por ser las observaciones poco detalladas; cree sencilla su interpretación; el enfermo tuvo una meningitis, que curó; la parálisis fué primitiva, traumática, y lo demás consecutivo á lesiones basílicas de esa meningitis; parece que el otro facial no fué afectado primitivamente. El tratamiento quirúrgico cree que es la orientación actual; el cilindro eje nace de las células, no se forma á expensas de las células intersegmentarias; las investigaciones modernas no están bien afirmadas para negar lo conocido sobre regeneración nerviosa. Las suturas con catgut ó con tubo de magnesio permiten una neurotización. No son demostrativos los casos de restauración de la sensibilidad; lo serían los de la motilidad, que ni se ha obtenido ni debe obtenerse, por ser el cilindro eje parte constitutiva de la célula; la periférica, separada del centro, muere. Sus propios estudios le demuestran que en el perro, seccionado el ciático y unido luego por una sutura perineurótica, la motilidad no se recobra hasta después de mes y medio ó de dos meses, tiempo necesario para la neurotización. El punto notable de estas suturas es el por qué no hay confusión de los cilindros ejes; las porciones sensitivas reciben fibras sensitivas, y las motrices las del mismo orden; quizá cierta atracción influya en esto. Respecto á la sutura del facial, son de interés los esfuerzos hechos para lograr la sustitución funcional; pero para que sea eficaz se ha de realizar en nervios exclusivamente motores, y ha de ser precisamente terminal.

El Dr. *Márquez*: Si en el caso había contractura, sería sólo parcial, pues si lo fuese total estaría cerrado el ojo; había parálisis del superior y contractura del inferior. Recuerda las afirmaciones de Cl. Bernard cuando decía que en la parálisis facial humana se desvía la boca hacia el lado contrario del músculo paralizado; en los animales, sobre todo en el caballo, sucede al revés; algunas veces en el hombre, sobre todo en el tic de la cara, acontece lo que en los animales. No estaría de más que hubiese expuesto el Dr. Fernández Sanz los síntomas pupilares. Está de acuerdo con el Dr. Goyanes para pensar que quedarían exudados de la meningitis que perturbarían las funciones cerebrales. Si se conserva el reflejo pupilar, la lesión es central; de lo contrario, radica en las neuronas periféricas.

(Acad. Méd-Quir. Española).

**Anestesia por el cloroformo.**—El Dr. *V. Horsley* dijo que el problema de la administración del cloroformo es la administración de un medicamento á dosis conocidas. La dosis para prolongar la anestesia es, según toda probabilidad, la misma para todos los adultos; no es de gotas para unos y de gramos para otros. Para producir la anestesia conviene que el enfermo inhale vapor de cloroformo en la proporción de 2 por 100; esta inhalación puede prolongarse mucho tiempo sin peligro para la vida. La dosis para prolongar el estado anestésico, una vez dividida la piel y los tejidos superficiales, es de  $\frac{1}{2}$  por 100. La careta de Skinner y el cuenta gotas, empleados por una persona inexperta, pueden ocasionar la muerte del enfermo. La atmósfera que respira el paciente puede contener el 4 por 100 de cloroformo, dosis peligrosa. Lo primero que corre peligro es la circulación, no la respiración. Esta se paraliza cuando la anestesia se prolonga mucho.

Para regular la dosis, lo mejor es administrar el cloroformo al descubierto. En la anestesia por el cloroformo no sobreviene la asfixia, excepto cuando se administra una cantidad excesiva de anestésico. No se ha visto que los procedimientos operatorios produzcan espasmos reflejos, excepto en las operaciones que interesan el neumogástrico. La lengua es rechazada muchas veces hacia atrás cuando se administra demasiado cloroformo. No se ha demostrado que se produzcan fenómenos vasomotores reflejos; el descenso de la presión sanguínea es debido probablemente al efecto primitivo del cloroformo sobre el corazón. El efecto sobre la respiración es de poca importancia clínica, porque cuando el enfermo principia á respirar con más lentitud inhala menos cantidad de cloroformo. La excitación de un nervio sensitivo, por ejemplo, el ciático, eleva la presión sanguínea, lo cual es de gran utilidad para el enfermo. Clínicamente el cloroformo produce un descenso de la presión sanguínea y de la intensidad respiratoria proporcionado á la dosis. La afirmación de que las muertes que ocurren durante la anestesia ligera son imprevistas, no está demostrada; cree que administrando una proporción constante de cloroformo no se observaría ningún caso de muerte de este género. Es peligroso afirmar que el enfermo puede morir durante la anestesia ligera.

El Dr. *E. Lawrie* dijo que, según las observaciones de la Comisión de Hyderabad y del Coronel Bomford, la respiración irregular y entrecortada es peligrosa; la respiración regular y el vapor diluido son los factores más importantes. Cree que un aparato es un elemento de peligro en la anestesia clorofórmica, tanto mayor cuanto mayor es la atención que exige.

El Dr. *P. Chapman* recomendó el aparato de Dubois. Todo aparato fundado en el principio de succión es peligroso, porque el enfermo forma parte integrante de él. Con el método de Vernon Harcourt no ha ocurrido ni un solo caso de muerte. El aparato de Dubois no depende de la succión; el vapor anestésico penetra en la cámara por propulsión.

El Dr. *F. Eve* manifestó que un aparato que impida la administración de dosis tóxicas es el desideratum. Cree que el aparato Vernon Harcourt es engorroso y poco adecuado para operaciones importantes, como las que se practican en la boca, y además fatiga los músculos inspiradores. Prefiere que una persona perita emplee el cloroformo con una sencilla careta, á que otra inexperta use para la anestesia el aparato Vernon Harcourt ó cualquiera otro aparato parecido.

El Dr. *G. Rowel* dijo que el aparato de Levy es de gran utilidad. Para producir la anestesia es necesario inhalar vapor de cloroformo al 3 por 100, pero para prolongar el período anestésico basta el 1 por 100. No cree que sea necesario aparato alguno para administrar el cloroformo. La diferente susceptibilidad de cada individuo no se adapta á los experimentos fisiológicos. La dosis necesaria no tiene relación alguna con el peso del cuerpo. El único método científico es observar cuidadosamente todos los síntomas de la anestesia en cada caso y proceder en consecuencia. La respiración debe ser normal, no administrarse un vapor de cloroformo concentrado en demasía y observarse cuidadosamente los reflejos. La causa principal de peligro es la dificultad respiratoria.

El Dr. *Silk* indicó que estaba conforme con la opinión del Doctor Hervitt. La proporción de muertes por cloroformo es inferior á 1 por 3.000; la mayor parte de ellas han ocurrido en manos de personas poco peritas en la anestesia. Conviene enseñar á los alumnos á administrar el cloroformo y convencer al enfermo de la necesidad de que se encargue de la cloroformización una persona perita. Aconsejó una mixtura de cloroformo y de éter en estado líquido. Rechaza el empleo de aparatos especiales. Nunca se apreciará lo necesario la conveniencia de administrar el cloroformo en proporciones conócidas; la susceptibilidad del individuo á su acción varía de tal manera, que no hay nada que pueda sustituir á la atención individual en cada caso.

El Dr. *Brumfield* dijo que de todos los aparatos que se emplean para la anestesia el mejor es el de Vernon Harcourt. Tiene la desventaja de ser engorroso y de tardar en producir la anestesia, pero en cambio gasta menos cloroformo y los efectos consecutivos de la cloroformización son menos acentuados. El mejor medio de hacer menos peligrosa la anestesia es educar mejor á los encargados de administrar el cloroformo.

El Dr. *Carter Braine* manifestó que había empleado el inhalador de Vernon Harcourt sólo en 15 casos, porque los resultados obtenidos fueron poco satisfactorios. El aparato fué ineficaz por completo en 6 casos de los 15. El aparato de Levy lo ha empleado en 7 casos con éxito satisfactorio.

El Dr. *Scharlieb* presentó los trazados esfigmográficos tomados por el Profesor Schäfer y por él, y que indican el efecto del cloroformo en los animales y el de la administración simultánea del alcohol y de la atropina. Aconseja administrar antes de la anestesia

un miligramo de atropina y hacer inhalar cantidades fijas de cloroformo mezclado con un 10 por 100 de alcohol. Con el aparato Vernon Harcourt la anestesia se obtiene, por término medio, en ocho minutos.

El Dr. *Bellamy Gardner* dijo que el encargado de administrar el cloroformo debe procurar principalmente que el enfermo respire aire en abundancia. Respecto á la dosis, el reflejo de la córnea es el guía más seguro para conocer la cantidad que ha de administrarse; no es necesario ni conveniente que desaparezcan por completo en ambos ojos durante una operación quirúrgica, porque en este caso puede paralizarse el centro respiratorio.

El Dr. *A. Waller* señaló la importancia de la parálisis de la respiración, la cual atribuye á la retención del cloroformo en la sangre más que á la asfixia propiamente dicha. Cree que la careta es peligrosa en manos poco hábiles. Lo más importante es la dosificación.

El Dr. *T. Willet* dijo que había empleado el aparato Vernon Harcourt 300 veces, y no cree que sea tan útil como se pretende; sólo lo emplea en casos especiales.

(*Real Soc. Méd.-Quir. de Londres*).

---

## FÓRMULAS

---

### 468

Tanino.....	} áá	1 gramo.
Ergotina Iyon.....		2 »
Extracto fluido de hidrastis canadensis . . . . .		5 »
Agua de laurel cerezo. . . . .		20 »
Jarabe de morfina. . . . .		25 »

M.—Para tomar una cucharada de café cada dos horas.

En las **hemoptisis**.

### 469

Valerianato de quinina.....	1 gramo.
Idem de morfina. . . . .	5 centigramos.
Aconitina cristalizada. . . . .	2 1/2 miligramos.

M. y H. 10 pildoras.— Para tomar una en el momento de la crisis aguda, y después otra cada media hora, sin pasar de 4 á 5 al día.

En las **neuralgias rebeldes**.

(*L. Quéry*).

---

## SECCION PROFESIONAL

### ORGANIZACIÓN

(Continuación).

9.<sup>a</sup> Por llevarse á cabo los ingresos de que trata la regla anterior en las Cajas de las Remontas de Caballería y Comisión central de Artillería, se suprimen y cerrarán por fin del corriente ejercicio las cuentas de los fondos actuales con arreglo á las bases siguientes:

(a) La Comisión central de Remonta del Cuerpo de Estado Mayor del ejército, liquidará la suya devolviendo á los Jefes y Oficiales montados las cantidades con que hubieran contribuido á constituir el fondo reglamentario, así como también el importe de las gratificaciones satisfechas de su propio peculio á la Asociación para usufructuar caballo, y la suma que después de practicadas las operaciones resulte sobrante será depositada en la Caja central del ejército, participándolo seguidamente al Director.

(b) La Escuela Superior de Guerra liquidará su fondo, depositando el sobrante conforme se previene anteriormente.

(c) Los Cuerpos y Academia de Infantería practicarán igual liquidación de su fondo de Remonta y depósito de la existencia.

(d) La Escuela de Equitación militar también hará lo propio respecto al suyo.

(e) La Remonta de Ingenieros lo verificará del de las unidades, Academia y Ayudantes de campo del Cuerpo, observando el procedimiento ya expuesto para la existencia que resulte.

(f) La de Administración Militar lo practicará del fondo de plazas montadas y Academia, depositando el remanente.

(g) La de Sanidad Militar, por lo que respecta al de sus plazas montadas, seguirá el mismo criterio.

10.<sup>a</sup> Todas las cantidades que como consecuencia de las liquidaciones mandadas efectuar ingresen en concepto de depósito en la Caja central del ejército, estarán á disposición del Director general de Cría Caballar y Remonta para adquirir ganado con que cubrir las bajas que aparezcan en las demostraciones á que se refiere el último párrafo de la regla 4.<sup>a</sup>, sin que los fondos de una Remonta se apliquen á otra, pues si resultase

existencia después de reponer aquéllas continuará depositado á disposición de la misma Autoridad, que podrá emplearla en los casos excepcionales de proveer bajas extraordinarias ó aumentos de efectivos.

11.<sup>a</sup> Los caballos existentes en la actualidad al servicio de plazas montadas que no formen parte de las plantillas de los Cuerpos, seguirán en poder de sus usufructuarios hasta la baja de éstos en su destino por pase á otro no montado, y llegado este caso harán entrega del suyo, con las formalidades prevenidas en la regla 4.<sup>a</sup> de la Real orden de 13 de Abril de 1901 (*C. L.* núm. 76), en el Cuerpo de Caballería ó Artillería que los facilitaron si continuasen éstos de guarnición en la localidad en que se halle el Oficial que deba entregarlo, y en caso contrario en el más próximo; y los procedentes de las Remontas de Estado Mayor é Ingenieros, en Cuerpos de Caballería, observándose las mismas formalidades. Todos estos caballos causarán alta sin previa orden determinándola, y los Jefes de los Cuerpos remitirán á la Dirección general de Cría Caballar y Remonta el acta de reconocimiento á que se refiere la prevención 4.<sup>a</sup> de aquella disposición.

Quedan exceptuados de las anteriores prescripciones los caballos montados por Oficiales alumnos de la Escuela Superior de Guerra en prácticas de Estado Mayor, para los que regirá la Real orden de 11 de Julio de 1903 (*C. L.* núm. 110).

12.<sup>a</sup> La extracción de caballos por las plazas montadas que no pertenezcan á Cuerpo se verificará, mientras otra cosa no se disponga, en la forma prevenida en la regla 1.<sup>a</sup> de la ya citada Real orden de 13 de Abril de 1901 (*C. L.* núm. 76), que se hace extensiva á las de los Cuerpos de Estado Mayor del ejército é Ingenieros; las de Artillería la verificarán en los Cuerpos montados de esta Arma, conforme á la Real orden de 12 de Junio del mismo año (*C. L.* núm. 120). Los Jefes y Oficiales con derecho á montarse dirigirán sus peticiones al Director general para la designación del Cuerpo de Caballería ó Artillería en que deban verificarlo, puesto que las Remontas de estas Armas son las llamadas á proveer de caballo, por ahora, á dichas plazas, recibiendo el número necesario para esta atención.

13.<sup>a</sup> La remonta del próximo año, en que los establecimientos de Caballería no cuentan con el ganado de silla preciso para las nuevas atenciones, exigirá acudir á la compra de caballos domados en estado de prestar inmediato servicio, y llegado este caso, el Director general de Cría Caballar y Remonta, dentro de los recursos de que disponga, acordará lo conveniente para realizar el servicio.

14.<sup>a</sup> La Dirección general estudiará y propondrá á este Ministerio la

creación de Depósitos de doma para el ganado que deba recibirla en ellos y como consecuencia á la concentración de Remontas del ejército.

15.<sup>a</sup> Los Oficiales de Estado Mayor del ejército que por virtud de lo determinado en el apartado (a) de la regla 9.<sup>a</sup> han de percibir las cantidades con que hubieran contribuido al fondo de Remonta de la Asociación, cederán á cambio el recibo de que trata la Real orden de 16 de Diciembre de 1898 (C. L. núm. 371), los que se remitirán á la Dirección general de Cría Caballar y Remonta para su custodia hasta la entrega de los caballos. Cuando las extracciones se verifiquen en los regimientos, los cederán á éstos, que los conservarán.

16.<sup>a</sup> Los recibos que en la actualidad tienen empeñados por el importe de una paga las plazas montadas de los Cuerpos de Infantería, serán sustituidos por los que previene la citada Real orden y conservados en dichas unidades.

17.<sup>a</sup> La reposición de bajas de caballos en Infantería se hará directamente por la Dirección general de Cría Caballar y Remonta, quedando sin efecto la tramitación señalada en el Reglamento de 1.<sup>o</sup> de Julio de 1899 (C. L. núm. 133) y Real orden de 6 de Marzo de 1902 (C. L. número 61).

18.<sup>a</sup> En caso de inutilidad de algún caballo de los que continúan al servicio de plazas montadas del Cuerpo de Estado Mayor ó Ingenieros, será presentado por su usufructuario á la Junta económica de un Cuerpo de Caballería, y en su defecto de Artillería, de la localidad en que se halle; si tampoco lo hubiese de esta Arma lo efectuará en el que, de cualquiera de las dos, estuviere en punto más próximo. La Junta económica levantará acta del reconocimiento que practique.

Los caballos pertenecientes á regimientos de Caballería ó Artillería que se hallen fuera de las unidades, al servicio de plazas montadas, serán reconocidos por las Juntas de los Cuerpos de dichas Armas. Por regla general, todas las propuestas de desecho de este ganado se remitirán al Director general por los primeros Jefes de los Cuerpos á que pertenezcan las Juntas que verifiquen los reconocimientos.

19.<sup>a</sup> Cuando por algún Cuerpo que no sea de Caballería ó Artillería se cursen propuestas de desecho, la Dirección general podrá perfeccionar el conocimiento de sus fundamentos ordenando reconozca é informe cualquiera de las Juntas económicas de aquellas dos Armas.

20.<sup>a</sup> Los Jefes de los establecimientos de Remonta y Comisión central de Remonta de Artillería dirigirán á la nueva Dirección toda la correspondencia de asuntos técnicos determinados en el Reglamento del servicio, y al Ministerio la que afecte á personal, sin perjuicio de hacerlo tam-



bién á aquel centro si la importancia del caso lo exigiere ó se tratase de aptitudes del mismo personal.

21.<sup>a</sup> Mientras las yegudas formen parte de un establecimiento de Remonta, dependerán en absoluto de la Sección de Remonta de la nueva Dirección general.

22.<sup>a</sup> No obstante lo que se dispone en el artículo 37 del Real decreto de esta fecha, las Remontas de Guardia Civil y de Carabineros no se incorporarán á la Remonta general hasta que haya transcurrido el tiempo necesario para normalizar su funcionamiento.

(Continuará).



## VARIEDADES

---

SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA HISPANO-AMERICANA.—Esta Sociedad celebrará su II Congreso anual en Madrid, los días 15 al 18 del presente mes de Mayo.

El orden de las sesiones será el siguiente:

*Día 15 de Mayo.*—Discurso inaugural, por el Dr. Castresana (Madrid).

### *Tema oficial.*

Cuerpos extraños intraoculares, Dr. Menacho (Barcelona).

### *Comunicaciones.*

1.<sup>a</sup> Desprendimiento total y congénito de la retina en dos hermanos, Dr. Santos Fernández (Habana).

2.<sup>a</sup> Congestiones de la retina, con motivo de varios casos clínicos, Dr. Castresana (Madrid).

3.<sup>a</sup> Un caso raro de afección corneal, Dr. Márquez (Madrid).

4.<sup>a</sup> Título reservado, Dr. Reina (Madrid).

5.<sup>a</sup> Inyecciones intraoculares de cianuro de mercurio, Dr. Blanco (Valencia).

*Día 16.*—Sesión administrativa.

*Día 17.*—1.<sup>o</sup> Los accidentes del trabajo en el aparato visual: su evaluación, Dr. Menacho (Barcelona).

2.<sup>o</sup> El suero Trunczek en el tratamiento del glaucoma, Dr. Sánchez Aguilera (Granada).

3.<sup>o</sup> Nuevo procedimiento operatorio para el ectropión atónico senil, Dr. Blanco (Valencia).

4.<sup>o</sup> La iritis y el glaucoma en los diabéticos, Dr. Alvarado (Valladolid).

- 5.º Título reservado, Dr. Reina (Madrid).
- 6.º Título reservado, Dr. Barcones (Madrid).
- 7.º La contracción de la pupila en el glaucoma, Dr. Santos Fernández (Habana).

Día 18. —1.º La estovaina en nuestra práctica oftalmológica, Doctor Santos Fernández (Habana).

- 2.º Diplógrafa indicador, Dr. Menacho (Barcelona).
- 3.º Opacidades de la cristaloides posterior después de la operación de la catarata, Dr. Santos Fernández (Habana).
- 4.º La sueroterapia en las supuraciones oculares, Dr. Sanz Blanco (Madrid).
- 5.º Título reservado, Dr. Cortés (Madrid).
- 6.º Título reservado, Dr. Sanz Blanco (Madrid).

Las sesiones se celebrarán en el Colegio de Médicos, Mayor, 1, 2.º, á las nueve de la noche.—El Secretario, *Dr. Sanz Blanco*.

\*  
\*\*

Concurso de premios de la «Revista Médico-Hidrológica Española» y «Boletín de Higiene y Salubridad».—PRIMER PREMIO: 500 pesetas.—Se adjudicará al autor del mejor trabajo «sobre alguna de las aplicaciones modernas de la Fisioterapia». Este trabajo deberá tener un minimum de 200 páginas de á folio en máquina de escribir, independientemente de los dibujos ó grabados que puedan acompañarle. El trabajo premiado será de propiedad de la *Revista*, que podrá publicarlo en la forma que mejor le convenga.

En el caso de publicarse se darán 50 ejemplares al autor.

Además de este premio se concederán dos *Accésits* al mismo, consistentes en 100 pesetas cada uno, á los autores de trabajos que sigan en mérito al designado para el premio.

Los trabajos que obtengan *Accésit* serán también de la propiedad de esta *Revista*, y en el caso de ser publicados aisladamente se darán á los autores 30 ejemplares de los mismos.

El jurado censor podrá adjudicar también *Menciones honoríficas* á los trabajos que juzgue merecedores de tal distinción.

Los trabajos que obtuvieren *Mención honorífica* serán propiedad de esta *Revista*, pero si fuesen publicados aisladamente y dedicados á la venta se reservarán al autor 50 ejemplares y tendrá además derecho á un 10 por 100 del producto de la venta.

SEGUNDO PREMIO: 125 pesetas.—Se adjudicará al autor del mejor artículo «sobre un asunto de Hidrología médica ó de Higiene experimental». Para este premio habrá dos *Accésits* de 50 pesetas cada uno, y podrá también concederse *Menciones honoríficas* á juicio del jurado censor. Todos los trabajos premiados serán de propiedad de la *Revista* y podrán ser en ella publicados. Si se publicaran aisladamente se reservarán al autor 50 ejemplares.

TERCER PREMIO: 50 pesetas y la colección completa y encuadernada de la *Revista Médico-Hidrológica Española*.

Este premio se adjudicará al autor del mejor trabajo sobre el siguiente tema:

«Legislación balnearia extranjera».

Para este premio habrá también un *Accésit*, consistente en la colección completa de la *Revista Médico-Hidrológica Española*.

Los trabajos premiados serán, como los anteriores, propiedad de la *Revista*, debiéndose dar 50 ejemplares al autor en el caso de ser publicados aisladamente.

#### CONDICIONES GENERALES

Los trabajos, precedidos de un lema, serán escritos en cualquiera de los idiomas que se hablan en los países latinos y con máquina de escribir.

Podrán ir acompañados de dibujos y fotografías si su índole lo requiere.

Deberán presentarse en esta Dirección antes del 1.º de Julio próximo, y acompañados de un sobre cerrado que contenga el nombre del autor. En este sobre se escribirá un lema igual al que debe encabezar el trabajo.

Constituirán el Tribunal censor: un Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, un representante de la prensa médica madrileña, un Inspector de Sanidad provincial, un Médico de baños y un representante de la Redacción de esta *Revista*.

El resultado del concurso se publicará en el número de nuestra *Revista* correspondiente al mes de Diciembre próximo.

Si además de los trabajos premiados se recibieran otros de notable mérito se publicarán en números sucesivos de la *Revista*, á menos que sus autores se opongan á ello, en cuyo caso deberán consignarlo en una nota que manden con el trabajo, escrita de la misma letra que él.

Los sobres que contengan los nombres de los autores de trabajos premiados serán abiertos en una sesión pública, que se celebrará en el mes de Diciembre próximo, que se anunciará previamente en la prensa profesional y que presidirá el Tribunal censor.

Los demás sobres serán quemados en el mismo acto.

Madrid y Enero de 1905. — El Director propietario, *Rosendo Castells*.

\*  
\*\*

Obra utilísima para los Médicos prácticos. — LECCIONES SOBRE LA ACCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS (*Farmacología y Terapéutica*), por Sir Lauder Brunton. — Las *Lecciones sobre la acción de los medicamentos*, dadas en la Escuela médica del hospital de San Bartolomé, de Londres, reflejan, como pocos libros, los profundos conocimientos de su autor en Terapéutica. Con un lenguaje claro y sencillo, sin entrar en disquisiciones teóricas, sin describir los caracteres físicos y químicos de los diversos medicamentos, explica el Dr. Lauder Brunton su acción fisiológica y terapéutica, precisando sus indicaciones, sus contraindicaciones y sus dosis; en una palabra, todo cuanto el Médico necesita para saber *cuándo debe emplear un medicamento y cómo debe emplearlo*, con objeto de que el enfermo obtenga mejores resultados de la medicación.

La obra del eminente terapeuta Dr. Lauder Brunton prestará un verdadero servicio á los Médicos de nuestro país, y de esperar es que sea acogida con el mismo entusiasmo que en Inglaterra, donde en pocos años se han agotado *tres numerosas ediciones*.

La edición española forma un elegante volumen en 4.º, de 728 páginas, esmeradamente impreso é ilustrado con grabados. Precio: 15 pesetas.— De venta en la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Preciados, 33, bajo, Madrid, y en las principales librerías.

\* \*

PLANO-GUÍA DE MADRID. — Notabilísimo es el que acaba de publicarse por la casa editorial de los Sres. Bailly-Bailliére é Hijos, trazado por F. Noriega á una escala de 1 : 12.500. Este plano, hecho á diez colores, contiene la nueva demarcación de distritos, distinguiéndose perfectamente cada uno por un color y la precisión con que se señalan sus límites. En este plano tienen cabida todas las calles, plazas, plazuelas, etc., de Madrid; los paseos, las rondas, con sus nombres nuevos; el Parque de Madrid, con el trazado y nombre de todos sus paseos, y la red de tranvías, que se sigue con suma perfección, trazada á dos colores. Además acompaña á este *Plano-Guía* un nomenclátor de todas las calles y plazas y una guía de servicios y monumentos públicos, que, consultada, permite encontrar en seguida en el plano cualquier calle ó plaza, un ministerio, museo, iglesia, capilla, monumento, etc. Y, por último, en esta Guía se da un extracto del Reglamento de carruajes y tranvías, con las tarifas de los mismos.

Se vende este plano, hecho en forma de cartera, á 4 pesetas; en tela y medias cañas, á 8'50, y en papel, á 1'50. Bailly-Bailliére é Hijos, editores, plaza de Santa Ana, 10, y en todas las librerías.

\* \*

Durante el mes de Abril próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.261 defunciones, que arrojan un término medio diario de 42'033, y una proporción de 2'217 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1904 hubo 1.215 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 208, de ménos de un año; 295, de uno á cuatro años; 92, de cinco á diez y nueve; 138, de veinte á treinta y nueve; 211, de cuarenta á cincuenta y nueve; 295, de sesenta en adelante, y 22 sin clasificar.

Las principales causas de defunción han sido: pneumonía y broncopneumonía, 121; tuberculosis pulmonar, 111; meningitis simple, 109; bronquitis aguda, 86; sarampión, 66; congestión y hemorragias cerebrales, 61; enfermedades orgánicas del corazón, 58; diarrea y enteritis (menores de dos años), 51; tumores cancerosos, 47; bronquitis crónica, 40; gripe, 32; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 30; tuberculosis varias, 28; meningitis tuberculosa, 24; senectud, 19; difteria y crup, 10; coqueluche, 8; fiebre tifoidea, 7; afecciones puerperales, 5; debilidad congénita, 4; reblandecimiento cerebral, 3; suicidios, 3; viruela, 2; otras causas de defunción, 336.